



**PLAN DE CUIDADO DE SALUD
 CENTRO/RED/HOGAR**

Centro/Red de Cuido/Hogar Licenciado/Hogar Exento no Familiar

Región: _____ Pueblo: _____

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____ Peso: _____ libras

Nombre del padre, madre o encargado (a) del niño (a): _____

Teléfonos del padre, madre o encargado (a) del niño (a): () _____ () _____

Otros teléfonos para casos de emergencia: () _____ () _____

Médico primario del niño (a): _____ Teléfono: () _____

Dirección del médico primario: _____

Especialista que atiende al niño (a): _____ Teléfono: () _____

Especialista que atiende al niño (a): _____ Teléfono: () _____

Diagnóstico (s): _____

Alergias a alimentos o medicamentos: _____

Tratamiento recomendado (diario y/o de emergencia):

MEDICAMENTOS QUE SE DEBEN ADMINISTRAR EN EL CENTRO/HOGAR DE CUIDADO Y DESARROLLO				
Nombre del medicamento	Frecuencia y Dosis	Ruta de administración	Razón para la prescripción	Posibles efectos secundarios

Página 2

Plan de Cuidado de Salud/Centro y Hogar

Indique los medicamentos que los padres o encargados (as) del niño (a) deben administrar en su hogar:

Describa los acomodados que el niño (a) requiere en las actividades diarias del centro u hogar de cuidado:

Actividades	Acomodos
Alimentación	
Actividades en el salón	
Hora de descanso/dormir	
Ir al baño	
Actividades al aire libre/Salidas fuera del Centro/ Hogar	
Transportación	
Equipos especiales/suministros médicos	
Otras:	

Entrenamiento sugerido para que el personal del centro o proveedor de cuidado en el hogar maneje la condición de salud del niño (a):

Nombre del médico

Número de licencia

Firma del médico

Fecha: día / mes / año